

250

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 7 mars 1901, à 1 heure

PAR

BAYET

Ancien interne de l'hôpital de Tours

APPENDICITE ET FIÈVRE TYPHOÏDE

Étude clinique et Diagnostic différentiel

Président. M. P. BERGER, *Professeur.*

Juges. MM. { CAMPENON, *Professeur.*
 { RÉMY, *Agrégé.*
 { LAUNOIS, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE. 23-25

1901



Digitized by the Internet Archive
in 2026

256

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 7 mars 1901, à 1 heure

PAR

BAYET

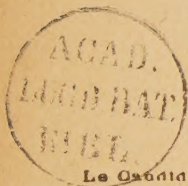
Ancien interne de l'hôpital de Tours

APPENDICITE ET FIÈVRE TYPHOÏDE

Étude clinique et Diagnostic différentiel

Président M. P. BERGER, Professeur.

Juges MM. { CAMPENON, Professeur.
RÉMY, Agrégé.
LAUNOIS, Agrégé.



Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE. 23-25

1901

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	BRISSAUD.
	CHANTEMESSE.
	N.....
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	
Clinique chirurgicale	JOFFROY.
	RAYMOND
Clinique ophtalmologique	TERRIER.
Clinique des voies urinaires	DUPLAY.
Clinique d'accouchement	LE DENTU.
	TILLAUD.
	PANAS.
	GUYON.
	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURÉ.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BERGER

*qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.*

INTRODUCTION

Il est peu de maladies qui aient été étudiées, dans ces dernières années, avec autant de soin que l'appendicite, et le chemin parcouru par cette question, depuis le jour où Mélier (1) en 1827 en indiqua les principaux caractères jusqu'aux plus récentes monographies, est immense. Le nombre des auteurs qui y ont collaboré est considérable ; nous n'en citerons dans le cours de cette étude qu'un petit nombre. Une étude bibliographique plus étendue dépasserait les limites de ce modeste travail, et ne répondrait pas au but que nous nous sommes assigné.

D'ailleurs si les travaux que l'appendicite a suscités sont nombreux, nombreuses aussi sont les théories qui ont été émises sur sa pathogénie, ainsi que les discussions relatives à l'opportunité du traitement opératoire.

(1) MÉLIER. — Mémoire et observation sur quelques maladies de l'appendice. *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, 1827, p. 317

A peine cette affection était-elle isolée de l'ancienne typhlite et décrite comme une maladie autonome que deux camps se dessinèrent parmi les chirurgiens, suivant qu'ils préconisaient l'intervention immédiate, qui compte aujourd'hui de très nombreux partisans, ou la temporisation et l'extirpation tardive à froid, défendue par des auteurs non moins convaincus. Quelque grande que soit encore cette divergence dans les idées, il n'en est pas moins vrai que les discussions sans nombre qui en ont été la conséquence immédiate ont fait progresser d'une manière très rapide l'étude du traitement rationnel de l'appendicite. Par contre l'étude clinique et diagnostique de cette affection présente encore de nombreuses lacunes. En dépit des descriptions magistrales, bien des points restent encore à élucider, particulièrement en ce qui concerne les formes atténuées, rustes ou anormales.

De même certaines difficultés de diagnostic n'ont pas été, croyons-nous, étudiées avec toute l'ampleur que ce sujet mérite.

Tandis que nous trouvons dans la littérature médicale plusieurs mémoires traitant du diagnostic différentiel de l'appendicite avec l'occlusion intestinale, la salpingo-ovarite (forme pelvienne de l'appendicite), les coliques néphrétiques et hépatiques, c'est à peine si la plupart des auteurs qui se sont spécialement attachés à la question du diagnostic signalent l'erreur possible avec la typhoïde. Or il est des cas, où ce diagnostic est

entouré de telles difficultés que l'erreur est presque inévitable, au moins dans les premiers jours, et comme il est capital pour le traitement de poser le diagnostic aussi sûrement et aussi rapidement que possible, on conçoit l'intérêt qui se rattache à cette question.

Ayant eu l'occasion récemment d'observer un cas de ce genre, dans lequel une typhoïde fut méconnue et prise pour une appendicite par deux de nos maîtres (V. Obs. II), nous avons eu l'idée de rechercher les cas analogues antérieurement publiés pour les rapprocher des cas que nous avons observés personnellement, afin d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale. Mais comme tout diagnostic différentiel repose sur l'étude comparative et raisonnée des signes cliniques des affections en présence, plus encore peut-être que sur les éléments fournis par l'histologie et la bactériologie, nous sommes tout d'abord conduits à nous demander dans quels cas et sous quelles formes la typhoïde et l'appendicite peuvent se calquer cliniquement ou s'associer.

Notre travail se divisera donc tout naturellement en deux parties : une étude clinique et le diagnostic différentiel.

Dans la première partie, nous passerons en revue les formes cliniques de la typhoïde pouvant simuler une appendicite ; dans la seconde, nous rechercherons sur quelles bases il est possible d'étayer un diagnostic différentiel ; nous essayerons d'indiquer quel est le mécanisme des accidents d'ordre appendiculaire que l'on

peut observer dans l'appendicite et nous discuterons la possibilité des deux affections simultanées. Enfin nous en déduirons la conduite qu'il est rationnel de tenir, selon nous, dans les cas douteux.

Mais auparavant, qu'il nous soit permis d'exprimer notre bien vive gratitude à nos Maîtres dans les hôpitaux pour la bienveillance qu'ils nous ont témoignée. Nous adressons tout particulièrement l'expression de notre sincère reconnaissance à MM. les docteur Archambault et Héron, tous deux médecins en chef à l'hôpital de Tours, et dont nous avons eu la bonne fortune d'être successivement l'interne. Nous ne saurions trop dire combien leur enseignement nous a été précieux.

Que M. le docteur Louis Thomas, professeur de clinique chirurgicale à l'école de Tours, veuille bien agréer aussi l'assurance de notre sincère attachement.

Nous adressons aussi nos plus respectueux remerciements à M. le professeur Robin pour la grande bienveillance avec laquelle il nous a reçu dans son service, auquel nous avons été attaché comme stagiaire.

Nous sommes aussi très sensible au grand honneur que M. le professeur Paul Berger nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse et nous l'en remercions bien vivement.

CHAPITRE I

Etude clinique

Notre intention n'est pas, dans ce chapitre, de présenter un tableau complet de tous les signes cliniques appartenant à la fièvre typhoïde ou à l'appendicite, ainsi que des formes si variées sous lesquelles peuvent se présenter ces deux affections. Procéder ainsi serait allonger sans aucun intérêt cette étude, qui, d'après nous, doit nous fournir les principaux éléments du diagnostic différentiel que nous étudierons dans le chapitre suivant, plutôt qu'une étude symptomatique dans laquelle nous ne pourrions que répéter ce que nous avons appris dans les classiques. En un mot, nous aurons plus spécialement en vue l'étude des formes anormales de la typhoïde, qui peuvent simuler une appendicite.

Si, en effet, une typhoïde à évolution régulière, de moyenne intensité, sans complication, ne présente avec une appendicite normale que de lointaines ressem-

blances qui ne permettent pas de la confondre avec celle-là, il existe, au contraire, des formes anormales, et elles sont nombreuses, dans lesquelles toutes les hésitations sont permises.

En première ligne, nous devons citer les formes légères de la dothiéntérie. — On sait que dans certaines de ces formes, la fièvre est modérée, l'éruption de taches rosées, si discrète, qu'elle passe le plus souvent inaperçue. Le catarrhe bronchique peut être nul, la céphalalgie du début peu intense. Dans certains de ces cas, bénins par leurs allures, le diagnostic de typhoïdette ou de fièvre muqueuse repose exclusivement sur une légère douleur, à la palpation de la fosse iliaque droite, accompagnée d'un peu de céphalalgie et d'une légère hypertrophie splénique. La diarrhée manque souvent et est même remplacée parfois par de la constipation. Rappelons, seulement pour mémoire, que certaines de ces formes sont si légères que le malade ne sent pas la nécessité de garder le lit (*typhus ambulatorius*).

Il est même de ces typhoïdes atténuées, qui sont entièrement apyrétiques et dans lesquelles le séro-diagnostic permet seul d'affirmer la nature de la maladie.

Tous ces cas peuvent simuler un début d'appendicite à forme larvée, et cette forme qui ne se manifeste que par une douleur modérée à la fosse iliaque droite avec embarras gastrique, est loin d'être exceptionnelle.

Il existe des appendicites qui se manifestent au début par des signes d'entéro-colite avec diarrhée persistante.

Nous avons pu en réunir plusieurs observations (V. observations VI, VII).

D'autre part, il y a des appendicites à « évolution très
« lente et presque apyrétique, à début insidieux, où les
« masses plastiques notables et étendues, avec ballonne-
« ment considérable du ventre, cachent facilement le
« foyer purulent... (1). »

On conçoit, que dans ces cas, l'erreur soit possible avec une typhoïde légère. Et comme une typhoïde, même très légère, même à type apyrétique, peut se compliquer brusquement d'une péritonite suraiguë par perforation, absolument comme une appendicite à début insidieux, on comprend aisément combien dans ces cas le diagnostic peut être malaisé.

D'ailleurs, certaines formes graves de la typhoïde, peuvent tout comme les formes légères, prêter à la confusion. Nous ne parlons pas de ces formes sévères par l'intensité des symptômes nerveux ou hémorrhagiques, dans lesquelles le diagnostic ou bien s'impose ou bien est à discuter avec la méningite, la granulie, ou toute autre affection qu'une appendicite.

Mais il existe certaines formes graves, par le retentissement précoce et intense de l'état de l'intestin sur le péritoine, et la prédominance des signes abdominaux graves, plus encore que par les signes fournis par l'état général. Or, l'on peut affirmer pour ces formes comme

(1) BROCA. *L'appendicite*, p. 35.

pour d'autres, que rien n'est plus variable que l'intensité des différents symptômes d'une typhoïde : le météorisme, la douleur iliaque droite, la diarrhée pourront être au maximum, alors que l'éruption des taches rosées lenticulaires sera très discrète, la bronchite peu marquée, les signes nerveux nuls ou à peine ébauchés.

Beaucoup d'auteurs semblent même disposés à admettre aujourd'hui qu'une éruption de taches rosées abondante est plutôt l'apanage d'une typhoïde moyenne et légère, d'un pronostic favorable, que celui d'une typhoïde grave : et d'autre part on sait que jamais cette éruption n'apparaît avant le septième ou le huitième jour. Donc, en présence de ces cas, avec prédominance du météorisme et des signes abdominaux, la confusion avec une appendicite sera encore possible, au moins dans la première semaine. Et, à fortiori pourra-t-on être embarrassé dans les cas qui s'accompagnent d'une péritonite véritable ou d'une perforation.

Ajoutons à cela qu'il n'est pas exceptionnel d'observer des typhoïdes, qui dès les premières vingt-quatre heures atteignent 39° et 40°, contrairement à la loi de Wunderlich, aujourd'hui abandonnée et ces cas, à début brusque, pourraient encore prêter à la confusion.

En résumé, il existe de nombreux cas en clinique, dans lesquels la typhoïde et l'appendicite prennent des allures analogues et sont fort difficiles à distinguer, et ces cas sont plus fréquents dans les formes d'intensité moyenne des deux affections.

Dans les cas qui prêtent à la confusion, un certain nombre de signes cliniques sont communs aux deux maladies. Ce sont particulièrement la douleur à la fosse iliaque droite avec ou sans gargouillement, le météorisme, la température qui peut être élevée dès le premier jour, l'entéro-colite et la diarrhée.

Avec ces symptômes, l'on pourra en observer d'autres, qui appartiennent en propre à chacune des deux maladies qui nous occupent.

L'absence de signes pulmonaires, la défense musculaire, l'état du poulx et les signes de la péritonite, lorsqu'elle existe, seraient en faveur de l'appendicite.

La bronchite, la céphalalgie intense du début, l'épistaxis, l'insomnie, l'éruption de taches lenticulaires (après le huitième jour) et l'hypertrophie splénique sont en faveur de la typhoïde.

Nous nous contentons de signaler ici ces symptômes communs aux deux affections ou leur appartenant en propre. Nous en étudierons la valeur séméiologique dans le prochain chapitre.

Mais il ressort déjà de cet aperçu que le diagnostic de la typhoïde et de l'appendicite est dans beaucoup de cas particulièrement malaisé.

Le diagnostic positif de l'une et l'autre de ces maladies pourra être difficile, dans les cas assez fréquents, où plusieurs symptômes cardinaux manquent.

Quant au diagnostic différentiel, il suffit de passer en revue les erreurs de diagnostic nombreuses, auxquelles

l'appendicite a donné lieu, pour se convaincre de l'extrême difficulté que le clinicien devra résoudre dans certains cas.

C'est ainsi, que pour ne citer que les principales causes d'erreur, la colique appendiculaire a pu être confondue avec la colique néphrétique (cas de Letulle), la colique hépatique, l'occlusion intestinale, la colique saturnine (Sergent (1) et Prentiss Lord) (2). L'appendicite a encore été prise pour une péritonite tuberculeuse (3), plus fréquemment pour une salpingite ou encore pour une fièvre typhoïde.

Nous laisserons volontairement de côté la plupart de ces cas, n'ayant pas en vue l'étude du diagnostic différentiel de l'appendicite en général.

Nous n'étudierons pas non plus les cas où le diagnostic s'est posé entre l'appendicite et la salpingo-ovarite, non plus que les rapports qui existent entre les lésions de l'appendicite et les lésions des annexes, rapports très étroits qui ont fait l'objet de la remarquable thèse de M. Barnsby (4).

Nous ne retiendrons donc de l'énumération qui précède que le diagnostic avec la typhoïde.

Dans un cas remarquable qui fait l'objet de notre observation II, il s'agissait d'une jeune femme prise

(1) SERGENT. — *Presse médicale*, 1899.

(2) *Journal of. Amer. Med. Assoc.*, 15 avril 1899.

(3) BROCA. — *Loc. cit.*

(4) BARNSBY. — *Thèse*, Paris. 1898.

brusquement d'accidents fébriles avec légère douleur mal localisée dans la fosse iliaque droite, et qui était venue pour ces accidents demander son admission à l'hôpital Necker, salle Monneret, n° 3, dans le service de M. Rendu. En raison d'un peu d'augmentation de volume de la trompe droite, constatée par le toucher, le diagnostic de salpingite catharrale aiguë avait été porté. Ce diagnostic parut d'autant plus rationnel que sous l'influence du repos et du traitement approprié à cette légère lésion locale, la fièvre tomba en trois ou quatre jours.

La malade semblait guérie, lorsqu'elle fut reprise brusquement d'une douleur intense dans le voisinage du point de Mac Burney, avec symptômes généraux graves et température élevée.

Le diagnostic d'appendicite ne paraissait pas douteux, et la malade fut confiée à M. Routier qui l'opéra le lendemain.

L'appendice enlevé était de volume normal, légèrement hyperhémie, et contenait un caillot sanguin, fait important sur lequel nous reviendrons ultérieurement. Cependant malgré l'opération la maladie s'aggrava, et la malade mourut quelques jours après. A l'autopsie, l'on trouva les ulcérations les plus caractéristiques de la fièvre typhoïde.

Le séro-diagnostic pratiqué tardivement, la veille de la mort, avait été positif.

Nous avons pu retrouver plusieurs observations ana-

logues antérieurement publiées : deux de M. Moizard (1), une de Kirkbrige, rapportée par M. Talamon (2), une de M. Jalaguier (3), une autre de M. Maurange (4). Enfin nous devons citer une étude de M. le professeur Dieulafoy (5) sur le même sujet.

D'autres auteurs ont seulement mentionné la possibilité du diagnostic différentiel, mais sans en faire l'objet d'une étude spéciale. C'est cette étude que nous devons maintenant aborder, en nous demandant sur quelles bases il sera possible d'étayer un diagnostic dans les cas douteux.

(1) MOIZARD. — *Journal de Méd. et de Chir. pratiques*, juillet 1895.

(2) TALAMON. — L'appendicite.

(3) JALAGUIER. — In *Tr. chirurgie*.

(4) MAURANGE. — *Gaz. hebdomadaire*, 28 septembre 1899.

(5) DIEULAFOY. — *Presse médicale*, 28 octobre 1896.

CHAPITRE II

Diagnostic différentiel en général.

Nous ne perdrons pas de vue dans l'appréciation des éléments du diagnostic différentiel, que l'appendicite est une affection que l'on doit s'efforcer de reconnaître dès son apparition. De la précocité de ce diagnostic dépendent l'indication opératoire et la vie du malade. Aussi, lorsqu'on se trouvera en présence d'un de ces cas difficiles que nous avons rapidement esquissés dans le chapitre précédent, et lorsqu'on hésitera entre une typhoïde anormale et une appendicite, le médecin ne saura s'entourer de trop de précautions pour porter un diagnostic, et ce diagnostic devra reposer sur le plus grand nombre d'éléments possibles.

Ces éléments de diagnostic différentiel peuvent se grouper sous quatre chefs :

- 1° l'analyse des signes cliniques ;
- 2° l'examen des urines ;
- 3° l'examen du sang ;
- 4° le séro-diagnostic de M. Widal.

1° ANALYSE DES SIGNES CLINIQUES

Les signes cliniques qui peuvent conduire au diagnostic différentiel sont essentiellement variables suivant les cas, et aucun d'eux n'est en lui-même pathognomonique.

Aussi devra-t-on tenir compte bien plus de l'ensemble de ces signes que de chacun d'eux en particulier. Encore leur réunion, l'aspect clinique de l'affection est-elle dans certains cas absolument insuffisante, et il faudra pour se prononcer, tenir compte de l'ensemble des autres signes que nous analyserons plus loin.

Toutefois, il est souvent possible de tirer de l'étude attentive du malade une série de renseignements qui conduisent à une présomption sérieuse, sinon à la certitude du diagnostic. Nous avons indiqué précédemment les principaux signes cliniques communs à certaines formes de typhoïde et d'appendicite, ainsi que ceux qui appartiennent exclusivement à l'une ou l'autre de ces affections. Voyons maintenant quelle est leur valeur séméiologique.

Parmi les symptômes communs, la douleur dans la fosse iliaque droite est un des plus constants. Mais il s'en faut qu'elle ait une valeur absolue et que sa modalité suffise à éclairer le diagnostic.

Il est vrai que cette douleur, en cas d'appendicite, a d'habitude un début brusque, et mérite le nom de colique

appendiculaire, tandis que la douleur de la typhoïde est plutôt insidieuse dans son évolution, lancinante, et non pongitive comme dans l'appendicite.

En ne tenant compte que de la majorité des cas, la douleur spontanée est moins fréquente et moins vive dans la typhoïde ; la palpation de l'abdomen dénote au contraire dans l'appendicite une douleur subite et exquise. Enfin la localisation de cette douleur (nombre d'auteurs ont insisté sur ce point) est différente dans l'un et l'autre cas.

Diffuse dans toute la fosse iliaque en cas de typhoïde, elle est exclusivement limitée, ou plus souvent particulièrement intense au point bien connu de Mac-Burney.

Mais, si cela est vrai dans le plus grand nombre des cas, les caractères de la douleur iliaque ne subissent pas moins de nombreuses variations, et les différences que nous venons de signaler sont sujettes à de nombreuses exceptions qui peuvent induire en erreur un clinicien insuffisamment prévenu.

D'abord la douleur iliaque droite peut manquer totalement, ou être très atténuée ou passagère aussi bien dans certaines formes de typhoïde que dans certains cas d'appendicite. On sait, en effet, que la douleur symptomatique d'une appendicite est extrêmement variable, non seulement dans son intensité, mais aussi dans ses localisations, et l'on a décrit des cas d'appendicite avec

maximum de la douleur au niveau de la fosse iliaque gauche.

Dans d'autres cas, la douleur siège bien à droite, mais son maximum est tantôt au-dessous, tantôt au-dessus du point de Mac-Burney. L'absence de douleur au milieu de la ligne qui joint l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic n'est donc pas un caractère suffisant pour faire éliminer l'hypothèse d'une appendicite.

Cette notion résulte de l'étude de nombreuses observations, et nous la trouvons en particulier consignée dans la thèse de M. Levrey (1) :

« ... La recherche du point de Mac-Burney, dit-il, « est la préoccupation de tous : et pourtant, sans nier « la valeur de ce signe, nous savons combien il est peu « pathognomonique... »

Enfin la douleur iliaque droite peut être provoquée par toute autre cause : elle peut tenir à une névralgie lombo-iliaque, à un calcul, à une salpingite, pour ne citer que les principales.

En même temps que la douleur, nous citerons le gargouillement à la palpation de la fosse iliaque : mais seulement pour l'éliminer comme signe diagnostique.

Il n'a en tout cas aucune valeur, et témoigne seulement de la présence de gaz dans l'intestin.

La défense musculaire a été, au contraire, considérée

(1) LEVREY. — *Thèse*, Paris, 1899, p. 12.

longtemps comme un signe de premier ordre, et tout à fait en faveur de l'appendicite, particulièrement supprimée. Il n'est malheureusement pas possible aujourd'hui de conserver à ce signe toute son importance. Si, en effet, l'on vient à palper une fosse iliaque, dans laquelle siège une lésion, on provoque presque à coup sûr une douleur, à laquelle fait suite immédiatement une contraction réflexe de la paroi abdominale qui se met instinctivement en état de défense. Or on conçoit que cette pathogénie du signe de la défense musculaire soit un phénomène très général. Quand le météorisme est peu marqué dans la typhoïde, la palpation peut déterminer la contraction de la paroi. Et d'autre part, dans certaines appendicites des plus caractérisées cliniquement et vérifiées anatomiquement, ce signe a pu se montrer très ébauché ou même faire complètement défaut (v. obs. V, VIII, IX). Donc l'absence de défense musculaire, qui est de règle dans la typhoïde, peut aussi exister dans l'appendicite et la valeur séméiologique de ce symptôme est des plus relatives.

L'hypéresthésie cutanée n'a pas une valeur plus grande.

Pourra-t-on, du moins, invoquer avec plus de certitude la marche de la courbe thermique, l'intensité de la fièvre au début, les symptômes d'entéro-colite ? Nous ne le pensons pas.

Il est, en effet, des appendicites à évolution subaiguë et même chronique dont la courbe thermique se rapproche de la typhoïde, et même s'il existait à cet

égard des différences très nettes, ce signe n'aurait qu'une valeur très relative dans la question qui nous occupe, puisqu'il n'existe pas au début de la maladie.

Nous avons d'ailleurs dit précédemment qu'il existe des appendicites à peine fébriles, de même que des typhoïdes apyrétiques ; nous ne reviendrons donc pas sur ce point.

Les signes d'entéro-colite, lorsqu'ils se manifestent dès le début, ne sont pas un meilleur guide. Il est exact que dans nombre de cas, l'appendicite à son début s'accompagne de constipation. Mais il y a encore à cette règle de très nombreuses exceptions, et la diarrhée peut être aussi persistante et aussi abondante que dans la typhoïde. Inversement il n'est pas rare d'observer des cas de fièvre typhoïde dans lesquels la diarrhée fait défaut, et est remplacée par la constipation pendant la plus grande partie, sinon pendant la durée entière de la maladie.

Quant aux vomissements, on les observe aussi bien au début de la typhoïde que de l'appendicite, et rien dans leur allure, ne permet la distinction.

On voit donc que les symptômes cliniques communs aux deux maladies peuvent se présenter dans l'une et l'autre avec des caractères très comparables qui ne permettent pas de les utiliser pour un diagnostic différentiel.

Lorsqu'une fièvre typhoïde ne présentera pas d'autres symptômes, la clinique sera impuissante à la dé-

celer. Mais il est juste de dire que souvent il n'en sera pas ainsi.

Dès le début, dans la fièvre typhoïde, la céphalalgie est des plus vives, parfois intolérable, et, caractère important, cette céphalalgie s'atténue les jours suivants, au fur et à mesure que les symptômes abdominaux augmentent d'intensité. La céphalalgie est absente et peu marquée dans l'appendicite, et, lorsqu'elle existe, elle ne suit pas dans sa marche la même progression décroissante.

La bronchite fait défaut dans l'appendicite, mais elle n'apparaît pas non plus nettement dans les premiers jours de la typhoïde.

L'épistaxis du début, lorsqu'elle existe, aura plus de valeur, mais l'insomnie des premiers jours nous paraît avoir une importance encore plus grande. Associée à une céphalalgie intense, elle plaide fortement en faveur de la typhoïde.

L'apparition d'une éruption indiscutable de taches rosées lenticulaires a, dans la typhoïde, la valeur d'un signe de certitude. Malheureusement cette éruption n'apparaît pas avant le septième ou le huitième jour de la maladie, et nous avons déjà insisté sur l'intérêt considérable qui s'attache à un diagnostic différentiel précoce, auquel par conséquent cette éruption ne peut servir.

D'ailleurs, dans nombre de cas, elle paraît faire défaut, soit que réellement elle ne se montre pas, soit

qu'elle soit entièrement discrète et de durée éphémère.

L'hypertrophie splénique n'a pas non plus une valeur pathognomonique. Elle se montre à un degré variable, il est vrai, dans tous les états infectieux, et l'on sait que certaines appendicites se comportent comme des maladies infectieuses hypertoxyques, ainsi que l'a démontré M. le Professeur Dieulafoy.

Le pouls rapide, et quelquefois mal frappé, l'abattement, la prostration, associés ou non à un délire variable, sont des signes qui, comme le facies grippé, peuvent s'observer dans beaucoup de cas infectieux graves comme dans la typhoïde.

Il résulte de l'ensemble des considérations qui précèdent qu'aucun symptôme clinique pris en lui-même n'a de valeur pathognomonique.

Pourra-t-on du moins tirer de l'ensemble de ces symptômes une indication diagnostique certaine ?

Il n'est pas douteux, et c'est là une remarque presque banale, que l'étude de l'ensemble des signes cliniques fournisse une indication infiniment plus précise que l'analyse de l'un ou l'autre de ces signes, pris isolément, et il existe un certain nombre de cas dans lesquels la discussion raisonnée du tableau clinique conduira au diagnostic avec un minimum de chances d'erreur. Mais par contre, il existe d'autres malades, chez lesquels l'affection prend une allure telle qu'il est absolument impossible de la déterminer avec certitude ; ce sont ces

faits dans lesquels les symptômes semblent précisément se multiplier en vue d'égarer le clinicien.

Tel était le cas de la malade dont nous avons parlé précédemment (voir observation II).

La localisation de la douleur au point précis de Mac-Burney, le début absolument brusque et dramatique, accompagné d'une fièvre très vive, de vomissements, de hoquet, de tous les signes en un mot d'une appendicite suraiguë, s'observaient chez elle avec la plus parfaite netteté, tellement que l'opération fut décidée, séance tenante; et pourtant il s'agissait d'une fièvre typhoïde, sans aucune lésion des parois de l'appendice.

Les cas de ce genre semblent défier toute analyse. Mais il en est d'autres heureusement, dans lesquels l'étude des symptômes dans leur ensemble est d'une interprétation moins malaisée.

Dans la majorité des cas en effet, ce sont les symptômes abdominaux qui se placent au premier plan dans l'aspect clinique de la typhoïde, et au contraire la gravité de l'état général l'emporte souvent, dès le début, sur les signes tirés de l'examen local, lorsqu'il s'agit d'une appendicite.

Sans poser cette remarque comme une règle absolue et sans méconnaître les cas heureusement rares de la typhoïde dans lesquels dès les premiers jours les signes généraux deviennent alarmants, il est néanmoins permis de penser que c'est là un élément sérieux d'appréciation pour le diagnostic. A gravité égale, une appendicite se

manifeste par un état général plus accentué qu'une typhoïde, surtout dans le premier septenaire, et les signes abdominaux sont au contraire moins marqués dans celle-ci que dans celle-là.

Le mode de début des accidents devra aussi, dans une certaine mesure, être pris en sérieuse considération. En règle générale, le début de la typhoïde est insidieux, et la courbe thermique progressivement ascendante ; le plus souvent, au contraire, le début est brusque, et la fièvre d'emblée très élevée dans l'appendicite.

Mais nous savons déjà que cette règle souffre de nombreuses exceptions, que nous avons d'ailleurs mentionnées précédemment.

L'évolution des accidents pourra aussi, en certaines circonstances, aider au diagnostic. La typhoïde a une évolution habituellement régulière et cyclique : l'appendicite est au contraire capricieuse dans son évolution, procède souvent par poussées successives, et est sujette aux rechutes.

Quoiqu'il en soit, il ressort clairement de cette étude que les signes cliniques pris isolément ou considérés dans leur ensemble n'ont qu'une valeur séméiologique parfois très relative et que leur analyse ne donne en certains cas qu'une présomption plus ou moins sérieuse en faveur de l'une ou l'autre des deux affections.

Dans quelques cas exceptionnels même, les symptômes, très rationnellement interprétés, seront en parfait désaccord avec le véritable diagnostic.

2^o EXAMEN DES URINES

Cet examen, qui est indispensable dans tous les cas même les plus simples, prend une importance encore plus considérable lorsqu'on se trouve en présence d'un cas douteux.

L'albuminurie est de règle dans toutes les maladies aiguës fébriles, et par conséquent se rencontre aussi bien dans la typhoïde que dans l'appendicite.

Toutefois, si l'on veut bien observer qu'au moment où éclatent les premiers accidents, l'appendicite est une affection locale, alors que les premiers signes positifs d'une typhoïde témoignent d'une diffusion déjà réalisée dans toute l'économie de la toxine éberthienne, on sera conduit à penser qu'au début l'albuminurie sera plus fréquente et plus marquée dans la typhoïde que dans l'appendicite.

Dans le premier cas, le rein est déjà sous l'influence de la toxine, alors que dans le second cette toxine n'a pas encore eu le temps de se produire. Or cette remarque, qui peut sembler un peu théorique au premier abord, est pleinement confirmée par la clinique. Mais, nous insistons à dessein, il ne s'agit que du début, et plus tard, lorsque les lésions appendiculaires, grâce à la cavité close, auront laissé diffuser dans l'économie de ces toxines, susceptibles de détruire en totalité des organes comme le foie, et qui peuvent amener la mort avec tous

•

les signes d'un empoisonnement suraigu, on pourra trouver dans l'urine de l'albumine en abondance.

L'indicanurie est d'une valeur diagnostique absolument secondaire. On peut, en effet, trouver de l'indican dans l'urine, dans tous les états infectieux du tube digestif, et une indigestion banale peut suffire pour le faire apparaître.

L'indicanurie ne fait presque jamais défaut dans la typhoïde, mais, d'après Motta-Coco (1) et d'autres auteurs, elle ne se manifesterait pas au début, et son maximum s'observerait dans la convalescence.

Au contraire, l'on trouverait dans beaucoup de cas une grande quantité d'indican dans les urines, dès les premiers jours de l'infection appendiculaire. C'est donc un signe différentiel qui peut être utilisé, mais nous le répétons, il est toujours, d'après nous, absolument secondaire.

Enfin certaines indications peuvent encore être tirées de la toxicité des urines. Cette toxicité a été particulièrement étudiée chez les enfants, au cours de l'appendicite, par MM. Lannelongue et Gaillard.

Il résulte de leurs études que dans l'appendicite, la toxicité urinaire augmente d'emblée, en même temps qu'augmente la densité et la coloration de l'urine. Dans la typhoïde au contraire, la toxicité devient supérieure, à la normale principalement au début de la convales-

(1) MOTTA-COCO. — *Gaz. med. di Torino*, 1899, n^{os} 10 et 11.

cence, au moment où le malade subit une crise urotoxique, qui se manifeste par une augmentation considérable de la quantité des urines, qui correspond à une décharge de l'organisme en substances extractives.

3^o EXAMEN DU SANG

Cet examen pourra donner dans beaucoup de cas des éléments d'appréciation de grande valeur, et l'on sait quelle importance l'hématologie a pris dans ces dernières années dans l'étude des maladies. Il n'est pas téméraire d'affirmer que la méthode toute récente d'Erlich, en permettant de classer les leucocytes, non plus seulement d'après leurs formes générales et leurs noyaux, mais d'après leur affinité pour les colorants acides, basiques ou neutres, a donné une impulsion nouvelle à l'histologie du sang, et a permis de compléter l'étude des caractères qu'il présente dans les infections et les intoxications.

Mais il faut reconnaître que cette étude encore incomplète pour les leucémies, n'existe qu'à l'état d'ébauche pour le plus grand nombre des autres affections.

Il n'entre d'ailleurs pas dans notre sujet, d'entreprendre l'étude minutieuse de l'état du sang dans l'appendicite et la fièvre typhoïde. Nous rechercherons seulement les caractères particuliers qui peuvent aider à leur diagnostic différentiel.

Le caillot, dans l'appendicite, se montre dans le

microscope sous forme d'un réseau fibrineux abondant, constituant une sorte de couenne.

Cet aspect, que l'on retrouve dans toutes les maladies inflammatoires, ainsi que l'a démontré M. le professeur Hayem (1), n'existe pas au contraire dans les maladies septiques comme la typhoïde. Ce caractère pourra donc être utilisé dans un certain nombre de cas. Toutefois en raison de sa généralité même, l'on conçoit qu'il ne pourra être utilisé que dans certains cas, où le diagnostic différentiel ne sera hésitant qu'entre les deux maladies qui nous occupent.

Il se trouverait aussi en défaut dans certaines formes d'appendicite qui se comportent très rapidement comme des septicémies, ou encore dans certaines typhoïdes qui se compliquent d'accidents inflammatoires et qui débuent par eux (pneumo-typhoïde ou pleuro-typhoïde par exemple).

L'examen du sérum ne donnera que peu de résultat. Quelquefois dans la typhoïde le caillot est petit, et le sérum en proportion abondante ; parfois aussi, dans certaines formes hémorrhagiques de la dothiéntérie, le sérum prend une coloration hémoglobinurique. Mais ce sont là des caractères trop inconstants pour que nous nous y arrêtions. L'étude et la numération des éléments figurés, ont une importance beaucoup plus grande.

On sait, en effet, que dans les maladies inflamma-

(1) HAYEM. — Du sang.

toires, comme dans l'appendicite, l'appendicite suppurée surtout, le nombre de leucocytes augmente dans de grandes proportions.

Au contraire, dans la typhoïde et les maladies septiques, sans complication inflammatoire, le nombre de leucocytes est normal.

Il existe même parfois de l'hypoleucocytose (Muehleck) (1). Ce signe, rapproché de l'absence d'exsudat fibrineux, prend une grande valeur diagnostique, sur laquelle a insisté M. le professeur Hayem : « Dans les cas de fièvre typhoïde dépourvus de toute complication inflammatoire, il signale comme caractéristique de la maladie : l'absence de réticulum fibrineux et le petit nombre de leucocytes visibles dans le champ microscopique (2). »

Enfin Muehleck a encore signalé la diminution du nombre des hématies et de leur valeur en hémoglobine dans beaucoup de cas de fièvre typhoïde.

En résumé, l'examen du sang ne devra jamais être négligé dans les cas douteux. A moins de complications inflammatoires dans la typhoïde, ou de septicémie suraiguë d'origine appendiculaire, il donnera bien souvent des renseignements très utiles dans l'appréciation du diagnostic différentiel de ces deux maladies.

4° SÉRO-DIAGNOSTIC DE WIDAL

Le séro-diagnostic est assurément, de tous les moyens

(1) MUEHLECK. — *Philadelphia Med. Journ.*, 20 mai 1899.

(2) LENOBLE. — *Thèse*, Paris, 1898, p. 217.

d'investigation, en dehors de la clinique, celui qui donne les résultats les plus certains. Dans tous les cas douteux de fièvre typhoïde, la recherche de ce signe a une importance capitale. Seul, il permet de distinguer une typhoïdette d'un embarras gastrique, une typhoïde à forme grave d'une méningite, ou de toute autre affection pouvant la simuler. Aussi la séro-réaction est-elle devenue d'un usage courant dans les laboratoires ; il n'est plus permis aujourd'hui de négliger ce précieux élément de diagnostic.

Ainsi donc, dans nombre de cas où l'on pourra hésiter entre une typhoïde et une appendicite anormale, le séro-diagnostic permettra de décider.

Dans le cas où ce résultat sera positif, ce signe prendra la valeur d'un signe de certitude.

Cependant, sans diminuer en rien la grande valeur de cette réaction, il convient d'insister sur ce fait, incontesté d'ailleurs aujourd'hui, qu'elle se trouve en défaut dans un certain nombre de circonstances.

Ce sont ces circonstances que nous devons rechercher, en particulier dans les cas où le diagnostic reste incertain avec une crise appendiculaire.

D'abord il est certains sujets, très rares d'ailleurs, dont le sérum n'agglutine pas ou agglutine très mal la culture de bacilles d'Eberth, alors même qu'ils sont manifestement atteints de typhoïde.

Quelques cas semblables ont été rapportés, mais ils sont trop exceptionnels pour que nous y insistions.

Il est de règle au contraire que la séro-réaction ne se montre pas avant le septième ou le huitième jour de la maladie. Or nous ne saurions trop répéter, qu'en cas d'hésitation avec l'appendicite, c'est dans le début que le problème doit être résolu. Attendre huit jours avant de prendre une décision opératoire peut coûter la vie au malade.

On voit donc par là que dans le cas particulier qui nous occupe, l'importance du séro-diagnostic se trouve fort amoindrie. A 'plus forte raison, ce signe perd-il toute sa valeur, ou à peu près, lorsqu'il ne se montre que tardivement.

Or, il n'est pas très rare d'observer des agglutinations retardées qui ne se montrent qu'au quinzième ou au dix-huitième jour de la typhoïde. Dans ces cas, l'époque à laquelle le séro-diagnostic devient positif lui enlève incontestablement la plus grande partie de son importance.

D'autre part, il semble résulter des plus récents travaux sur ce sujet que l'agglutination se fait d'autant mieux que la typhoïde reste d'une intensité moyenne et d'une évolution normale.

Dans les typhoïdes très graves, souvent la réaction agglutinante est nulle ou à peine marquée : autre circonstance qui peut conduire à une erreur de diagnostic.

Enfin l'on sait que le sérum du malade, sous l'influence de l'infection éberthienne, ayant acquis la pro-

priété d'agglutiner les cultures typhiques, garde très longtemps cette propriété après la guérison de la maladie.

Cette propriété agglutinante peut se montrer un an et même plus après la typhoïde. Or, comme une appendicite, ainsi que nous l'établirons plus loin, peut se développer consécutivement à une fièvre typhoïde, à plus ou moins longue échéance, l'on conçoit qu'avant de rejeter l'hypothèse d'une appendicite, en cas de séro-réaction positive, il faudra toujours s'enquérir des antécédents morbides du malade.

Sous ces réserves, la réaction de Widal a une valeur diagnostique de premier ordre, et on ne devra jamais la négliger dans les cas douteux.

CHAPITRE III

Diagnostic différentiel en particulier.

Nous avons, dans le précédent chapitre, cherché sur quels éléments pouvait se fonder le diagnostic différentiel entre la typhoïde et l'appendicite.

Cherchons maintenant à appliquer ces données à quelques-uns des cas qui peuvent se présenter en clinique.

Nous nous limiterons aux principaux, en négligeant volontairement les très nombreux types intermédiaires dont la description étendrait sans profit les dimensions de ce travail.

On pourra d'abord se trouver en présence d'une infection légère, caractérisée par une gastro-entérite de moyenne intensité, avec céphalalgie, fièvre modérée, douleur iliaque droite. En pareil cas, il est rare que la marche de l'affection puisse aider le clinicien à décider du diagnostic qui pourra hésiter entre une typhoïdette

au début, un simple embarras gastrique ou une colique atténuée d'origine appendiculaire.

La défense musculaire et l'hypéresthésie cutanée feront le plus ordinairement défaut, et la localisation douloureuse sera mal définie.

En présence d'un pareil syndrome, le degré et la marche de la céphalalgie, l'insomnie, si l'affection est à son début, l'apparition de taches rosées et le séro-diagnostic, si la maladie arrive à la fin du premier septénaire, seront, croyons-nous, les principaux signes qui permettront de poser le diagnostic.

Dans un second cas, le médecin pourra être appelé auprès d'un malade, atteint d'une affection assurément sérieuse et chez lequel les symptômes prédominants seront d'ordre abdominal.

Il ne s'agira pas d'une péritonite véritable, mais l'on observera déjà du météorisme, une douleur vive dans la fosse iliaque droite, et, suivant les cas, une diarrhée profuse, ou une constipation opiniâtre.

En pareil cas, la marche des accidents a une réelle valeur et l'on complétera les éléments fournis par la clinique, par l'examen du sang et des urines, comme nous l'avons mentionné précédemment. Enfin le signe de Widal, s'il est positif, confirmera le diagnostic.

Dans d'autres circonstances, il s'agira d'une péritonite confirmée, et le médecin devra en rechercher la pathogénie et la cause. Autrefois l'on distinguait très nettement deux variétés dans ces péritonites aiguës surve-

nant brusquement au cours d'une affection fébrile : les unes étaient dites par propagation, les autres par perforation, et à chacune de ces modalités répondait une invasion clinique spéciale. On sait aujourd'hui que bon nombre des anciennes péritonites par propagation sont dues à des perforations, quelquefois minuscules, mais réelles, et nous concluons, avec M. le professeur Dieulafoy, en disant que les péritonites par propagation sont d'une excessive rareté, si bien même elles existent.

Supposons donc que le médecin soit appelé auprès d'un malade qui présente les signes habituels d'une péritonite par perforation.

Est-elle due à une perforation appendiculaire ou à une typhoïde ?

La question sera parfois très délicate, d'autant plus que d'autres affections, un ulcère de l'estomac, par exemple, pourront également en être la cause. Mais la difficulté est assez grande pour que nous nous limitons aux deux maladies dont nous nous occupons particulièrement. Dans quelques cas, le diagnostic différentiel sera possible, en considérant l'âge de l'affection.

Une perforation typhique, en effet, ne survient guère avant la fin du second septénaire et ne se produit aussi que bien rarement après le troisième.

Une perforation appendiculaire, est au contraire en général, beaucoup plus précoce : elle peut survenir dès les premières heures et la maladie peut se montrer d'emblée avec les caractères cliniques de cette perforation.

Enfin dans les cas douteux, on recherchera avec soin la localisation initiale de la douleur, l'état de la rate et des poumons ; on surveillera l'apparition possible des taches rosées ; on recherchera l'existence de la leucocytose, d'un réticulum fibrineux dans le caillot, enfin on fera le séro-diagnostic, lorsqu'on sera arrivé vers le huitième jour de la maladie. L'époque à laquelle se fera la perforation, et la marche antérieure de la maladie, le séro-diagnostic d'autre part seront, croyons-nous, les principaux éléments du diagnostic dans ces cas qui se comportent rapidement comme des toxémies bien plus que comme des inflammations.

La typhoïde qui se complique de perforations donne bien rarement lieu à une péritonite circonscrite : c'est la péritonite diffuse qui est la règle.

La péritonite circonscrite s'observe plus fréquemment à la suite d'une perforation appendiculaire.

Les cas d'abcès péri-appendiculaires seront très rarement confondus avec une typhoïde. Ils se reconnaîtront aisément à la défense musculaire qui, en ces circonstances, fait rarement défaut, à la courbe thermique, et à la petitesse et à la rapidité du pouls, ainsi qu'aux autres signes des suppurations abdominales.

D'ailleurs en cas de doute, l'examen du sang et des urines n'aurait pas une grande importance, puisque dans ces inflammations, dans ces cas à tendance suppurative la leucocytose ne fait presque jamais défaut, qu'il

s'agisse d'appendicite suppurée ou de typhoïde avec complication inflammatoire.

On aurait donc encore recours de préférence aux éléments fournis par l'évolution clinique et au séro-diagnostic de Widal.

CHAPITRE IV

Coexistence des deux affections. — Appendicites para-typhoïdes. — Mécanisme des accidents appendiculaires dans la typhoïde.

Nous n'avons jusqu'ici comparé les deux affections que pour les opposer l'une à l'autre. Nous devons nous demander maintenant si ces deux maladies peuvent exister simultanément chez le même sujet. En d'autres termes, une appendicite peut-elle compliquer une typhoïde ?

Le fait n'est pas douteux bien que le degré de fréquence de cette association morbide soit encore très discuté.

Certains auteurs, parmi lesquels Oppenhausen (1), pensent que l'appendice est presque toujours lésé dans la typhoïde, mais qu'il s'agit d'une lésion inflammatoire ordinairement peu intense et secondaire, qui ne suffit pas à donner les signes d'une appendicite véritable.

(1) OPPENHAUSEN. — *Rev. méd. Suisse romande*, 20 février 1899.

D'autres, avec M. le professeur Dieulafoy (1), distinguent deux groupes de faits : ceux dans lesquels la congestion appendiculaire reste modérée et au second plan, et ceux dans lesquels une appendicite véritable survient au cours de la fièvre typhoïde.

Il est permis de penser que ces faits, aujourd'hui bien établis, ne doivent pas être extrêmement rares. Ils sont d'ailleurs d'une interprétation très rationnelle.

D'une part, les lymphatiques du cœcum et de l'appendice communiquant largement avec ceux de la terminaison de l'iléon, il peut se faire ainsi une propagation des lésions par voisinage. Mais en outre, ainsi que nombre d'auteurs l'ont remarqué, la structure histologique de l'appendice est en tout comparable à celle de l'intestin grêle.

En particulier, on y rencontre du tissu lymphoïde en abondance, pouvant même parfois s'agminer en certains points pour former de véritables plaques de Peyer en miniature. Il semble donc naturel que ce tissu réticulé lymphoïde soit le siège d'une congestion intense, ou même s'ulcère lorsque les plaques de Peyer sont lésées.

D'ailleurs l'on sait que les épidémies d'appendicite coïncident très souvent avec des épidémies de maladies générales infectieuses. C'est ainsi que M. Faisans (2) a signalé la grande fréquence de l'appendicite au cours des épidémies de grippe, et que d'autres auteurs, parmi

(1) DIEULAFOY. — *Loc. cit.*

(2) FAISANS. — Soc. méd. des hôpit., 24 mars 1899.

lesquels MM. Tripier et Paviot (1), donnent à l'appendicite une origine infectieuse générale.

Parmi ces maladies générales, il est naturel de penser que la typhoïde doit figurer pour une large part.

Et, en effet, la clinique nous montre que certaines typhoïdes se compliquent principalement pendant la période aiguë d'accidents d'origine manifestement appendiculaire.

Dans d'autres cas, l'appendicite survient au décours de la maladie ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. Ce sont ces faits que M. le professeur Dieulafoy a fait connaître et qu'il a décrits (2) sous le nom d'*appendicites para-typhoïdes*.

Le malade est à peine sorti des accidents aigus de la typhoïde, il entre à peine franchement en convalescence, que se déclare, le plus souvent d'une façon très brusque, les signes caractéristiques d'une appendicite aiguë. Nous avons observé sur nous-mêmes cette succession d'accidents que nous avons résumés dans notre observation I.

Enfin, il n'est pas rare d'observer l'appendicite chez des malades ayant eu une ou plusieurs années auparavant la fièvre typhoïde. Tel était le cas du malade qui fait l'objet de l'observation IV, et ces faits ne sont pas très rares. Ils viennent à l'appui de ce fait que si une appen-

(1) TRIPIER et PAVIOT. — *Sem. méd.*, 8 mars 1899.

(2) DIEULAFOY. — *Presse méd.*, loc. cit.

dicite peut survenir au cours d'une typhoïde, elle reconnaît aussi bien souvent une tout autre origine et peut être due à des infections microbiennes très variables.

Il nous reste à examiner quel peut être le mécanisme des accidents appendiculaires qui surviennent dans la typhoïde.

D'une manière générale ce mécanisme est peu connu. Dans les cas bénins, où la lésion appendiculaire reste au second plan, la plupart des auteurs rattachent les accidents observés à une simple congestion de l'appendice. Cette inflammation survient par une propagation de voisinage ou par propagation lymphatique, mais elle ne va pas jusqu'à l'ulcération, et cliniquement, il n'existe pas à proprement parler d'appendicite. Dans d'autres cas, l'on a invoqué la production de réflexes, mais cette théorie pathogénique est à vérifier.

M. Moizard (1) pense que le tempérament nerveux du malade joue un rôle important dans la production des accidents. Il est probable, selon nous, que ce rôle n'est que secondaire, car dans les cas que nous avons observés la prédisposition nerveuse faisait totalement défaut.

Chez une de nos malades (obs. II) qui fut opérée, l'appendice était de volume normal. Les parois étaient seulement un peu congestionnées, mais au cours de l'opération, la cavité appendiculaire fut trouvée remplie

(1) MOIZARD. — *Loc. cit.*

par un petit caillot, provenant sans doute d'une très légère hémorrhagie des plaques de Peyer ulcérées les plus voisines.

Il est tout à fait vraisemblable que ce caillot, jouant le rôle de corps étranger, ait été la cause des coliques appendiculaires, observées chez notre malade. Ce caillot de plus transformait la cavité de l'appendice en cavité close. Il était d'autre part tout préparé à recevoir les germes pathogènes si nombreux dans l'intestin, surtout chez les typhiques. Il est donc probable que si notre malade n'avait pas succombé rapidement à sa fièvre typhoïde, elle aurait présenté plus ou moins tôt, peut-être durant sa convalescence, les signes d'une appendicite aiguë septique avec toutes ses conséquences.

En résumé, les symptômes appendiculaires qui peuvent s'observer au cours de la typhoïde se rattachent tous à l'infection de l'appendice. Cette considération importante dicte au médecin la conduite à tenir dans les cas douteux.

CHAPITRE V

Conduite à tenir dans les cas douteux.

Nous ne prétendons pas résumer ici, même très brièvement, les très longues discussions qui se sont élevées à propos du traitement de l'appendicite. Nous nous proposons seulement, sans sortir des limites de notre sujet, d'indiquer quelle doit être, d'après nous, la conduite à tenir dans les cas où le diagnostic, d'abord incertain, pourra être précisé avec une probabilité suffisante entre l'appendicite et la typhoïde, ainsi que dans ceux où l'incertitude persistera après l'examen des différents éléments de diagnostic que nous avons étudiés précédemment.

Les règles qui devront servir de guide au clinicien, et dont il est inutile de faire ressortir toute l'importance, pourront selon nous, être posées de la façon suivante. Elles répondront ainsi à la grande majorité des cas. En premier lieu, nous supposerons que le diagnostic

soit hésitant, mais entre la typhoïde et l'appendicite exclusivement et que rien dans l'évolution de la maladie ne permette de soupçonner une association morbide entre ces deux affections. La conduite à tenir sera généralement des plus simples.

Le médecin consulté en pareil cas devra étudier avec soin l'évolution clinique et s'entourer de tous les éléments d'appréciation fournis accessoirement par le sang, l'état des urines, le séro-diagnostic.

Si le diagnostic incline franchement en faveur de la typhoïde, l'intervention opératoire sera naturellement différée à moins que de nouveaux symptômes ne viennent modifier le diagnostic primitif.

Si, au contraire, il s'agit d'une appendicite, alors même qu'il resterait un léger doute à ce sujet, on ne devra pas hésiter à proposer l'intervention, pour éviter la possibilité toujours menaçante d'accidents irrémédiables, car en fait d'appendicite, nous ne pouvons que répéter, avec M. le professeur Dieulafoy, que l'on se repent souvent d'avoir opéré trop tard, mais jamais d'être intervenu prématurément.

Mais cependant il se peut que l'on se trouve en présence d'un cas particulièrement difficile, dans lequel, toutes les apparences étant en faveur d'une appendicite, il s'agisse en réalité d'une typhoïde.

Qu'advient-il si, l'erreur de diagnostic étant impossible à éviter, on laparotomise le malade ?

Assurément le shock opératoire, toujours apprécia-

ble à la suite d'une laparotomie, l'imprégnation chloroformique, la douleur et toutes les conséquences habituelles d'une semblable intervention ne sont pas des conditions favorables pour mener à bien une infection éberthienne, et si l'on s'en rapportait exclusivement à notre observation II, l'on pourrait être tenté d'attribuer à l'opération tout au moins une part dans l'issue fatale de la maladie. Cependant plusieurs observations publiées antérieurement, et notamment celles de M. Maurange, permettent de ne pas considérer le pronostic comme aussi sévère. Dans ces cas, l'état général du malade n'a pas paru s'aggraver sensiblement du fait de l'opération. Aussi pensons-nous que s'il est incontestablement préférable de ne pas opérer un malade atteint de typhoïde, il n'en est pas moins vrai que les cas où cette erreur sera fatale au malade seront relativement rares.

Restent les cas où, dans le cours d'une typhoïde avérée, se manifesteront des symptômes appendiculaires.

La conduite à tenir est alors sujette à de nombreuses discussions. Sans examiner les différents points de vue auxquels il serait possible de se placer, nous distinguons deux cas, selon nous, fort dissemblables.

Dans un premier cas, les symptômes typhiques dominant la scène, les symptômes appendiculaires restent manifestement au second plan. Il est possible, ainsi que nous l'avons vu précédemment, qu'il ne s'agisse que d'une hyperhémie passagère de l'appendice, hyper-

hémie qui est loin d'être rare au cours de la dothiénentérie.

Le pronostic est relativement favorable : il n'est pas nécessaire d'intervenir.

Mais que ces symptômes d'ordre appendiculaire prennent d'emblée au cours de la typhoïde une intensité capable de faire soupçonner une ulcération de l'appendice, ou bien que les signes d'abord légers de la réaction appendiculaire s'aggravent, alors l'indication devient formelle : il faut opérer, et sans retard.

Nous croyons pouvoir résumer d'un mot tout ce qui précède.

Toutes les fois que l'appendicite existe, soit seule, soit associée à une typhoïde, il faut opérer.

L'opération n'est contre-indiquée qu'en cas de typhoïde isolée ou associée à des symptômes appendiculaires trop légers pour appartenir à une appendicite véritable.

Observations

OBSERVATION I (personnelle)

B..., 27 ans, étudiant en médecine, est pris en avril 1898, d'un ensemble de signes qui firent porter avec certitude le diagnostic de fièvre typhoïde.

Dès le début, céphalalgie très vive et insomnie très marquée. Au huitième jour, apparition d'une éruption de taches rosées lenticulaires très abondantes, presque confluentes. La diarrhée n'existe que pendant trois ou quatre jours. Pendant tout le reste de la maladie, elle est remplacée par la constipation. La douleur à la pression dans la fosse iliaque droite reste modérée, la rate est grosse. La fièvre évolue de la manière la plus classique, elle atteint 40° vers le huitième jour, et la température redevient normale le vingt et unième.

Traitement par les bains tièdes (27°).

Le vingt et unième jour, rechute; nouvelle poussée fébrile de 15 jours suivie d'une défervescence en lysis pendant une semaine. Cette fois la température resta normale et la convalescence paraissait s'installer franchement.

Le vingtième jour environ de cette rechute, très brusquement, sans le plus léger prodrome, très vive douleur dans la fosse iliaque droite au voisinage du point de Mac-Burney, vomissements porracés, météorisme très intense, fièvre élevée (40°). Les

vomissements sont incessants, et le lendemain, il survient un peu d'ictère.

Constipation absolue.

Le malade se trouvant mieux, l'opération n'est pas décidée. Les accidents appendiculaires se calment peu à peu spontanément, en dix à douze jours. Mais à la suite de cette attaque très aiguë, d'autres plus légères, et non moins douloureuses se sont produites, toujours lors d'une constipation opiniâtre, et pendant les six mois qui ont suivi ; une marche un peu longue, une fatigue ou un effort étaient l'occasion d'une crise de coliques appendiculaires. Toutefois ces crises furent de moins en moins fortes, en même temps qu'elles s'espacèrent.

Elles n'ont pas reparu depuis plus d'un an et le malade semble guéri.

OBSERVATION II (1)

S... Emilie, 29 ans, entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. Rendu, salle Monneret n° 3, le 12 novembre 1900, pour une douleur à la fosse iliaque droite avec légère élévation thermique.

Nous ne relevons dans ses antécédents qu'une métrite grave soignée il y a huit ans à l'hôpital Bichat, et qui a été le point de départ d'irrégularités menstruelles et de leucorrhée dont elle se plaint encore aujourd'hui.

A son entrée dans le service, la malade se plaint surtout de céphalalgie. La fosse iliaque droite est modérément douloureuse, mais il n'y a pas de météorisme, ni de vomissement. La température est de 38°5. Le toucher montre du côté droit l'existence d'une trompe légèrement augmentée de volume, ainsi qu'un certain degré de métrite. Le diagnostic posé fut celui de salpingite catarrhale et l'on prescrivit le repos au lit et des injections chaudes. Amélioration rapide les jours suivants.

(1) Cette observation a été tout récemment publiée dans une clinique de M. Rendu. In *Semaine médicale*, 6 février 1901.

Quatre jours après, tous les accidents, avaient disparu, et la température était redevenue normale.

Du 16 au 24 novembre, la santé resta absolument bonne ; la température était à 37°.

L'appétit était excellent, et la malade devait quitter le service le lendemain, lorsque dans la journée du 24 novembre, elle fut prise brusquement d'un grand frisson avec 39°6, vomissements, ballonnement du ventre et douleur très vive au voisinage du point de Mac-Burney.

Cependant la défense musculaire était nulle, ou à peine marquée.

Le lendemain matin, la température était descendue à 37°8, mais elle atteignit 39°4 le soir, 40°6 le lendemain, jour où M. Routier, appelé en consultation, confirma le diagnostic d'appendicite.

La malade passa en chirurgie ; elle fut opérée le 28 novembre. L'appendice réséqué était de volume normal, légèrement congestionné et *contenait un caillot dans son intérieur*. Pas d'abcès péri-appendiculaires. Cependant la malade ne parut pas bénéficier de l'intervention. La température resta les jours suivants au voisinage de 40°, l'état général s'aggrava ; le météorisme devint excessif et une diarrhée abondante survint, qui avait fait absolument défaut jusqu'alors.

Le séro-diagnostic, recherché le 3 décembre, fut nettement positif au 1/50, mais la malade mourut le lendemain.

A l'autopsie, les plaques de Peyer étaient profondément ulcérées. Il n'y avait pas de traces de péritonite. Aucune lésion tuberculeuse dans aucun organe. La rate était grosse et diffluente. Le foie et les reins montraient les lésions qu'ils présentent habituellement dans les infections.

OBSERVATION III

De Kirkbrige, résumée in MOIZARD. *Journ de méd. et de chir. pratiques*, 10 juillet 1899.

Il s'agit d'un jeune garçon qui fut pris brusquement de fièvre,

de douleurs abdominales et de constipation. On pensa d'abord à une fièvre typhoïde, mais la douleur et la sensibilité du ventre à la pression augmentant, la constipation persistant, le cinquième jour surviennent des vomissements fréquents. Le diagnostic d'appendicite avec obstruction intestinale est porté par deux médecins et un chirurgien. Au septième jour, la température était à 37°5, le pouls à 130, la respiration à 36, le petit malade vomissait tout ce qu'il prenait et avait des vomissements fécaloïdes.

Après une injection de morphine, puis de strychnine, un lavement purgatif et plusieurs doses de sulfate de magnésie, administrées d'heure en heure, une débâcle survint, et à partir de ce moment, la fièvre typhoïde reprit son cours régulier.

OBSERVATION IV

(in *thèse* de SIRON, Paris, 1898).

Pierre R..., 14 ans, salle Malgaigne, n° 38, hôpital Laënnec. Antécédents personnels. — A eu la fièvre typhoïde à 8 ans.

Ce malade a été envoyé à M. le docteur Routier du service de M. Grancher.

Il y a 8 jours, il a été pris subitement, au milieu d'une santé parfaite, de vomissements, de fièvre et de douleurs dans le ventre.

Il y a quatre jours, une diarrhée avec matières filantes le fait purger. Cette purgation donnée le vendredi a été renouvelée mardi dernier.

Au moment où on l'amène, il se présente avec le pouls filiforme, le ventre ballonné surtout par distension de l'estomac, la fosse iliaque droite tout particulièrement douloureuse et mate, la langue étalée, rouge sur ses bords, des vomissements porracés abondants.

30 janvier 1891. — M. Routier fait d'abord une laparotomie latérale droite et obtient l'issue de liquide lactescent. Trouvant de la péritonite généralisée, il fait ensuite une laparotomie

médiane, lave le péritoine à l'eau naphitolée et bourre les plaies de gaze iodoformée sans rien refermer.

31. — Il n'y a plus eu de vomissements. L'aspect est meilleur. Temp. 37°4. Pouls à 84.

1^{er} février. — Le pansement a été changé deux fois. L'aspect reste meilleur. La langue est bonne, la température à 37°8, le pouls à 100. Le malade demande à boire du bouillon.

2. — M. Gauthier, interne du service, fait trois pansements et trois lavages. La température ce matin est à 37°8, le pouls 80. La langue est bonne. Le malade réclame à manger.

3. — Le liquide qui sort par la plaie de la région cœcale est lactescent avec une odeur infecte. La langue est bonne. Température 38°6.

12 mars. — Le malade se lève et marche, il engraisse.

En 1894, il entre à Necker pour voir M. Routier, dont il a vu le nom sur la pancarte de consultation. Il est charretier chez un marchand de charbons et se porte fort bien.

OBSERVATION V

(In *thèse* de SIRON, Paris 1898) (résumée).

Auguste G..., fermier, 53 ans.

Le 9 décembre 1894, se couche avec de la bronchite, suite d'un refroidissement.

Le 12, est pris d'une douleur violente dans l'hypochondre droit. M. le docteur Guillot de Lizy l'examine, porte le diagnostic d'appendicite et propose l'opération.

Le 16, l'état du malade s'aggrave, et l'intervention est acceptée:

Le 17, M. le docteur Routier examine le malade. Il a le faciès abdominal, les yeux excavés, le nez et les extrémités froids. Le pouls petit est à 100. Le ventre est uniformément ballonné, *mais nulle part les muscles ne se contractent*, quoique la sensibilité semble un peu augmentée dans la fosse iliaque droite, où l'on ne sent pas de tumeur.

L'opération a lieu le jour même.

L'appendice est trouvé perforé et baigne dans le pus d'un abcès collecté.

Le malade meurt 14 heures après.

OBSERVATION VI

(Publiée dans la *Presse médicale* du 16 mars 1895 et reproduite résumée dans la thèse de Houzé, 1896.)

Jean M.... 13 ans.

Cet enfant, toujours bien portant, est pris de violentes coliques dans la nuit du 11 au 12 janvier.

12 *janvier*. — Au matin il est vu par M. le docteur Wickersheimer *qui pense à un embarras gastrique* et donne de l'huile de ricin. La purgation fait bon effet, mais la diarrhée continue le 13 et le 14.

14. — *La diarrhée a continué*, l'enfant paraît en bon état. Le soir il vomit à deux reprises.

15. — Après une bonne nuit, pendant qu'on le changeait de lit à 9 heures du matin, le malade est pris d'une violente douleur avec lipothymie. Une heure après, la température est à 40°, le pouls affolé est incomptable.

Le docteur Wickersheimer pense alors à une appendicite, prescrit opium et glace et demande une consultation avec M. Routier qui vient à 5 heures du soir.

A ce moment l'enfant a le visage grippé, le nez froid, 49 respirations à la minute. Le pouls est à 124 pulsations. Il y a des vomissements porracés à chaque essai d'ingestion. Il n'y a pas eu d'urine depuis ce matin. Le ventre est ballonné, douloureux partout, mais avec une douleur plus exquise encore dans l'hypochondre droit où il y a de la submatité. L'intervention est décidée.

A 8 heures, l'état de l'enfant ayant empiré d'une façon effrayante dans ces trois heures, M. Routier fait une incision sur le bord externe du grand droit. Il sort du liquide lactescent

dès l'ouverture du péritoine et bientôt du pus verdâtre, phlegmoneux, d'un foyer où se voit l'appendice, dur, turgide, à extrémité libre gangrenée. M. Routier résèque l'appendice après ligature ; il est rempli de matières fécales durcies.

Sur les anses intestinales voisines, sur le bord droit supérieur se voient de larges plaques vertes. L'épiploon, très épaissi, portait sur sa face intestinale une large plaque purulente verdâtre, il est attiré et réséqué après ligature. On fait un grand lavage à l'eau boriquée, surtout dans l'hypochondre droit et le petit bassin. Deux gros drains et deux mèches de gaze iodoformée drainent le foyer. La plaie est rétrécie avec quelques crins.

Traitement. — Diète absolue, 1/4 centigr. de morphine en injection.

16 janvier. — La nuit a été un peu agitée. L'enfant n'a rien pris ; on lui a lavé la bouche et donné en lavement quelques grammes d'eau. Le poulx est petit à 126, la température à 37°. Pas de souffrance. Il a pu uriner seul alors qu'hier M. Routier avait dû le sonder.

Le soir, le poulx est à 126, la température à 36°5. Le ballonnement est moindre, il y a eu des gaz et un seul vomissement

M. Routier ordonne un ou deux lavements au champagne avec jaune d'œuf et une piqure de 1/4 centigr. de morphine.

17. — Ce matin température 37°, poulx 120, respiration 28. L'enfant n'a vomi qu'une fois. Il a rendu ses lavements une heure après les avoir pris et, dit-il, avec des gaz. Le ventre est souple, non douloureux. Il y a une poussée remarquable d'herpès labial.

M. Routier autorise une cuillerée à café de grog toutes les demi-heures et deux lavements nutritifs.

19. — Pansement et ablation d'un drain.

21. — L'enfant a une selle spontanée. M. Routier enlève les mèches. Il y a un peu de suppuration.

24. — Le dernier tube a été enlevé hier. On ordonne 15 grammes d'huile de ricin. Tout va très bien.

28. — L'enfant a eu 39° avant-hier soir.

M. Routier trouve deux points durs et douloureux comme s'il se faisait des abcès dans le ventre, l'un au-dessus de l'arcade gauche, l'autre au-dessus de la plaie.

29. — L'enfant est anesthésié, et M. Routier ouvre un abcès intra-péritonéal, gros comme une noix. Il enlève le fil qui liait l'appendice.

8 février. — Tout est guéri. L'enfant s'alimente et se lèvera aujourd'hui.

OBSERVATION VII (in *Thèse SIROX*. Paris 1898)

S..., employé, 34 ans.

M. S... est malade depuis huit jours environ. *M. le docteur Florand le traite pour un embarras gastrique et cela ne l'empêche pas de se rendre à la caserne pour faire ses 28 jours.*

12 octobre 1895. — A 9 heures du matin en allant à la selle, à la caserne, le malade ressent une violente douleur à l'épigastre. Il a presque une syncope et rentre se mettre au lit.

13. — M. le docteur Faisans lui trouve ce matin le ventre ballonné, le pouls misérable, les mains froides, le visage anxieux et en sueur.

Il n'y a eu ni selles, ni gaz depuis hier matin. Le malade a vomé à plusieurs reprises hier dans la matinée, mais plus rien depuis hier midi.

M. Routier voit le malade à 2 heures. La palpation est plus douloureuse à gauche, les muscles de droite se défendent fort peu.

A 5 heures. — L'anesthésie étant complète, la palpation ne révèle rien de nouveau. La rénitence existe plutôt sur la ligne médiane. Mais, par principe, parce que c'est là une péritonite sans cause, M. Routier incise le long du bord externe du grand droit du côté droit. Il trouve des adhérences épiploïques et au-dessous un gros abcès entre les anses. Il coule environ $\frac{3}{4}$ de verre de pus phlegmoneux.

Après un lavage boriqué soigné, deux gros drains et des mèches iodoformées sont placés vers l'appendice.

Le poulx, très petit au moment d'opérer, s'est un peu relevé. Le malade se réveille très vite, reprend toute sa lucidité, mais les mains restent froides.

14. — Le malade meurt à 6 heures du matin.

OBSERVATION VIII (in *Thèse SIRON*, Paris, 1898).

Jules L..., 41 ans.

Il y a six ans le malade a eu des douleurs dans le ventre et le flanc droit, revenant par accès plusieurs fois par mois.

A ce moment, M. le docteur Rendu l'a soigné pour coliques hépatiques.

9 avril 1896. — Il se produit une vive douleur avec rétraction des testicules. Depuis il n'y a eu ni selles, ni gaz.

11. — Le malade a des vomissements bilieux.

14. — M. le professeur Dieulafoy prie M. Routier de voir le malade : son diagnostic est appendicite. Le ventre est météorisé avec point de Mac-Burney exquis. *Cependant le grand droit ne se défend pas : le diagnostic n'est pas net.*

La langue est humide, le poulx à 104, la température à 37°2.

A cause de l'anxiété du malade, M. Routier décide d'intervenir. Il fait une incision sur le bord externe du grand droit et trouve un appendice très long, contourné en S, qui est réséqué parce qu'il paraît plein de matières.

Toute la région est pleine de pus. Un gros abcès du petit bassin est ouvert et laisse couler en abondance du pus verdâtre bien lié. On sent les vésicules dures comme du bois et une surface rugueuse sur la paroi du petit bassin.

Après avoir lavé avec 8 litres d'eau salée, en brassant les anses intestinales, en conduisant la canule jusque dans le flanc gauche, en haut jusqu'au foie et jusqu'à la rate, en bas jusque

dans le cul-de-sac de Douglas, M. Routier met deux gros drains et une mèche iodoformée.

15. — La langue est bonne, le pouls à 98, le ventre souple. Le malade se sent soulagé.

16. — Le ventre est un peu ballonné.

17. — Des selles et des gaz sont rendus spontanément.

20. — M. Routier enlève un drain et la mèche.

1^{er} mai. — La guérison est complète.

OBSERVATION IX (résumée).

(Cette observation est rapportée par M. le professeur DIEULAFOY, dans sa 15^e leçon des *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1897, page 314.)

Mme C..., 27 ans, sans profession.

Cette dame, accouchée pour la 5^e fois, sans accidents, depuis 19 jours, est prise brusquement, dans la nuit du 3 au 4 janvier 1896, d'une douleur vive appendiculaire avec des vomissements.

Le lendemain matin M. le docteur Budin qui la voit donne un lavement de sulfate de soude qui amène une selle bilieuse.

5 janvier. — La nuit a été mauvaise ; il y a eu des vomissements. La température est à 39° 5.

M. Budin a donné de l'huile de ricin qui a été vomie, puis le soir du calomel.

6. — M. le professeur Dieulafoy fait venir M. Routier : la malade ressent une douleur abdominale épouvantable que l'effleurement de la peau exaspère encore. *On ne voit pas de tuméfaction : le grand droit du côté droit est à peine résistant.*

A 7 heures du soir, sous anesthésie, M. Routier fait une laparotomie latérale pendant laquelle il rencontre et lie l'épigastrique. A l'ouverture du péritoine, il sort à peine un peu de liquide louche. Cependant les éponges plongées dans le petit bassin ramènent du liquide louche.

L'appendice turgide avec un point ecchymotique à la base,

avec son extrémité libre adhérente, est lié puis réséqué au thermo-cautère.

Après la mise en place de deux gros drains et d'une mèche iodoformée, on rétrécit la plaie avec des crins de Florence.

7. — La malade n'a pas vomi. Elle est très fatiguée, se plaint de vives douleurs abdominales.

20. Les accidents se sont calmés. La température est redevenue normale et la malade guérit.

CONCLUSIONS

I. Il existe des formes anormales de fièvre typhoïde, qui peuvent simuler une appendicite. Dans ces cas, le diagnostic différentiel est souvent très difficile.

II. Ce diagnostic différentiel repose sur l'étude clinique, l'examen des urines, l'examen du sang, et le séro-diagnostic de Widal. Aucun signe clinique n'est pathognomonique. L'absence de leucocytose et de réticulum fibrineux dans le caillot plaident en faveur de la typhoïde. Le séro-diagnostic, lorsqu'il est positif, est un signe de certitude.

III. Certains cas de typhoïde se compliquent d'accidents appendiculaires, et même d'appendicite véritable. Parmi ceux-ci, il convient de distinguer les appendicites para-typhoïdes de M. le professeur Dieulafoy.

IV. Dans tous les cas, où il existera une appendicite véritable, isolée ou associée, le seul traitement rationnel sera l'intervention chirurgicale immédiate.

Vu par le président de la Thèse :

PAUL BERGER.

Vu par le Doyen :

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

IBLIOGRAPHIE.

- BROCA. — L'appendicite (Actualités médicales).
BARNBY. — *Thèse*, Paris, 1898.
BRUN. — In *Traité des mal. des enfants*, Grancher-Comby-Marfan.
BOULAND. — *Thèse*, Paris, 1899.
BENSAUDE. — *Thèse*, Paris, 1897.
COULOMB. — *Thèse*, Paris, 1899.
DIEULAFOY. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu. Les péritonites de la fièvre typhoïde. *Presse méd.*, 28 octobre 1896.
FERRON. — *Thèse*, Paris, 1900.
FAISANS. — *Soc. méd. des hôp.*, 24 mars 1900.
HAYEM. — Du sang.
HASE. — *The Med. News.*, 21 juillet 1900.
JABOULAY. — *Lyon médical*, 1898, n° 88.
JALAGUIER. — In *Tr. Chir.*, t. vi.
LENOBLE. — *Thèse*, Paris, 1898.
LEOREY. — *Thèse*, Paris, 1898.
LEGUEU. — Appendicite.
LEROY. — *Thèse*, Paris, 1897.
LANNELONGUE et GAILLARD. — *Acad. des Sc. in Sem. Méd.*, 19 juin 1890.
MOIZARD. — *Journ. de Méd. et de Chir. pratiques*, juillet 1899.

- MAURANGE. — *Gaz. heb.*, sept. 1899.
MONOD et VAUVERTS. — Appendicite.
MARTINEZ. — *Thèse*, Paris, 1891.
MOTTA-COCO. — *Gaz. méd. di Turino*, 1899, nos 10 et 11.
MUEHLECK. — *Philad. Med. Journ.* 20 mai 1899.
MUHSAM. — *Berl. Klin. Woch*, 1899, n° 31.
MOORIS. — *N. York. Med. Journ.*, 8 avril 1899.
OPPENHASUEN. — *Rev. méd. Suisse romande*, février 1899.
SERGENT. — *Press. Méd.*, 1899.
SIRON. — *Thèse*, Paris, 1898.
TROUSSEAU. — Cliniques médicales.
TALAMON. — Appendicite.
ZERLAND. — *Thèse*, Paris, 1899.



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
